



## **Elijo no participar en el registro de inmunización/vacunación de New Hampshire**

---

- Elijo no participar en el registro de inmunización/vacunación de New Hampshire.**
- Elijo que mi hijo no participe en el registro de inmunización/vacunación de New Hampshire.**

Entiendo que esta decisión no impedirá que mi hijo o yo recibamos vacunas.

Entiendo que puedo revocar mi decisión en cualquier momento completando el formulario “Revocar la decisión anterior de no participar en el registro de inmunización/vacunación de New Hampshire” proporcionado por mi proveedor de atención médica actual.

Entiendo que mi información de inmunización/vacunación o la de mi hijo no se divulgará al registro de inmunización/vacunación de New Hampshire.

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE (firma): \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TUTOR si la persona tiene menos de 18 años (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TUTOR si la persona tiene menos de 18 años (firma): \_\_\_\_\_

Atestiguado por el actual proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

Los pacientes que eligen rechazar la participación en el registro no están exentos de la obligación de cumplir con los requisitos de vacunación vigentes establecidos en la norma RSA 141-C:20-a y He-P 301.14.

*A completarse por el actual proveedor de atención médica:*

Fecha de ingreso en el registro médico electrónico: \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_